

CONIC SEMESP

15º Congresso Nacional de Iniciação Científica

TÍTULO: ODONTECTOMIA PARCIAL INTENCIONAL

CATEGORIA: CONCLUÍDO

ÁREA: CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SAÚDE

SUBÁREA: ODONTOLOGIA

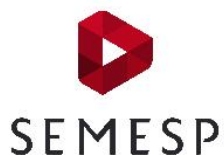
INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO

AUTOR(ES): ANA ELISA PARREIRA MARTINS

ORIENTADOR(ES): PAULO ESTEVES DE FARIA PINTO

COLABORADOR(ES): RODOLFO JORGE BOECK NETO

Realização:



Apoio:



RESUMO

A técnica da coronectomia, também conhecida como odontectomia parcial intencional, foi desenvolvida para minimizar o risco de lesão ao nervo alveolar inferior quando o terceiro molar apresenta raízes de proximidade com o canal mandibular. O objetivo deste trabalho é de relatar um caso clínico de odontectomia parcial intencional e correlacionar com a literatura pertinente. Paciente M.B.S., 25 anos, gênero feminino, compareceu a clínica de Cirurgia da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP relatando dor na região do 48 com drenagem de coleção purulenta compatível com quadro de pericoronarite. Ao exame radiográfico foi observada relação do ápice radicular com o nervo alveolar inferior o que poderia acarretar em uma parestesia caso o dente fosse extraído. Para evitar este tipo de lesão no nervo foi proposta a técnica de odontectomia parcial intencional, que objetiva a remoção da coroa dentária, deixando para um segundo momento cirúrgico a remoção das raízes. A abordagem foi feita a partir da incisão sobre o rebordo a partir da distal do 48, seguido por uma relaxante na região distal do 47. Feito o descolamento e a evidenciação de toda coroa foi realizada a odontosecção na região amelocementária e a coroa removida. Após nove meses de acompanhamento radiográfico a paciente retornou para a remoção das raízes, que haviam migrado para a porção mais cervical do processo alveolar, longe do canal mandibular. Para esta cirurgia foi feita uma incisão linear sobre o rebordo com relaxante na distal do 47. Após descolamento foi feita a remoção das raízes com os elevadores. No pós-operatório de ambas as cirurgias não houve relatos de parestesia. A técnica de odontectomia parcial intencional

pode ser uma alternativa viável nos casos onde há uma proximidade do canal mandibular com o ápice dos terceiros molares, minimizando a possibilidade de lesões neurológicas.

INTRODUÇÃO

A população jovem de hoje vem apresentando um aumento significativo de problemas referentes à região dos terceiros molares causando dores, edemas, infecções, trismos, ocorridos pela não erupção destes dentes. O fato destes dentes ficarem retidos pode ser ocasionado pela falta de espaço físico, devido ao tamanho do osso da arcada dentária ser menor que o tamanho requerido para acomodar todos os dentes, ou então, pela má posição dos mesmos. (ROSA et. at., 2007)

As extrações em terceiros molares inferiores vêm se tornando cada vez mais rotineiras nos consultórios odontológicos. Esses dentes inclusos são comuns e alguns podem apresentar algumas complicações como inclusão atípica, dilacerações apicais e proximidade com o canal alveolar inferior podendo levar a complicações como uma lesão temporária do nervo alveolar inferior. Um fator de risco importante é a proximidade do terceiro molar com o nervo alveolar inferior, outro risco desta complicação depende principalmente da posição do dente impactado em relação ao nervo.

Na maioria dos casos os terceiros molares inferiores encontram-se intimamente relacionados ao canal do nervo mandibular, acarretando em riscos de parestesias temporárias ou permanentes. (MOREIRA-FILHO et. al., 2013).

Segundo Seddon HJ et al., 1942, as classificações das lesões nervosas são divididas em três graus, sendo elas, Neuropraxia, Axonotmese e Neurotmese.

A Neuropraxia se baseia em uma lesão leve com perda motora ou sensitiva, sem alteração estrutural. Na grande maioria esse tipo de lesão é reversível.

Axonotmese é normalmente vista como uma lesão oriunda de um esmagamento, não havendo o rompimento do axônio (não se degenera). Essa lesão pode ser reversível e voltar com o decorrer do tempo, como também pode permanecer com parestesia.

Neurotmese é o rompimento por total do nervo, causando o rompimento do axônio. A recuperação espontânea não se tem respostas favoráveis em vista da recuperação da sensibilidade, então, a intervenção cirúrgica ainda é a escolha mais indicada.

A parestesia é uma condição localizada de insensibilização da região inervada pelo nervo em questão, que ocorre quando se provoca a lesão dos nervos sensitivos. Seu principal sintoma é a ausência de sensibilidade na região afetada, mas, em estágios mais evoluídos da parestesia, o paciente poderá relatar sensibilidade alterada ao frio, calor e dor, sensação de dormência, formigamento, “fisgadas” e coceira. Em 1992, Carmichael e Mac Gowan fazem exodontias em 1339 terceiros molares inferiores, destes, 820 pacientes constataram a alteração de sensibilidade da região inervada pelo nervo alveolar inferior. Nas primeiras 24 horas do pós-cirúrgico, foi verificada alteração em 5,5 % dos pacientes; em 10 dias decorreram em 3,9% e 0,9% em um ano após o procedimento operatório. (MOREIRA- FILHO et. al., 2013)

O nervo mandibular é o único ramo misto do nervo trigêmeo que é representado pelos nervos auriculotemporal, bucal, lingual e alveolar inferior,

sendo que esse último origina o nervo mental, o nervo incisivo e o nervo milohióideo. (ROSA et. at., 2007)

As parestesias que envolvem o nervo alveolar são em sua maior parte temporárias, havendo perda da sensibilidade na região inervada por curto prazo de tempo. Como ainda existe um índice relevante de perda da sensibilidade, levando períodos superiores a um ano, os cuidados preventivos são imperativos. Ainda há casos de parestesias permanentes. (MOREIRA-FILHO et. al., 2013)

Pensando que o trauma do nervo alveolar inferior durante procedimentos de exodontias de terceiros molares estão entre as causas mais frequentes de processos judiciais da odontologia, pode-se notar a importância do planejamento, indicação e principalmente informação ao paciente. (MOREIRA-FILHO et. al., 2013)

Para minimizar esse problema, foi desenvolvida a técnica da odontectomia, também conhecida como odontectomia parcial intencional, onde a coroa do dente incluso é removida e parte de suas raízes permanecem intactas, podendo assim reduzir as chances de lesão ao nervo alveolar inferior.

OBJETIVO

Este trabalho tem por objetivo apresentar uma alternativa de tratamento em casos onde o nervo alveolar inferior possa sofrer danos durante a exodontia. Pode ser empregada, quando bem indicada, com o intuito de prevenção de traumatismos ao nervo alveolar inferior nas exodontias de terceiros molares inferiores, e prevenção de sensibilizações que podem

ocasionar aos pacientes, precavendo nas parestesias, o que leva a complicações para estes.

DESENVOLVIMENTO

Paciente M.B.S., gênero feminino, 25 anos, compareceu a clínica de Cirurgia da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP relatando dor na região do 48 com drenagem de coleção purulenta compatível com quadro de pericoronarite. A radiografia panorâmica apresenta a imagem do terceiro molar inferior direito, e foi observada relação do ápice radicular com o nervo alveolar inferior o que poderia acarretar em uma parestesia caso o dente fosse extraído, para isso foi indicado a odontectomia parcial intencional, que objetiva a remoção da coroa dentária, deixando para um segundo momento cirúrgico a remoção das raízes. O procedimento cirúrgico foi executado sob anestesia local (ptérigomandibular) e com rigor de manutenção de cadeia asséptica. A abordagem foi feita a partir da incisão sobre o rebordo a partir da distal do 48, seguido por uma relaxante na região distal do 47. Feito o descolamento e a evidenciação de toda coroa foi realizada a odontosecção na região amelo-cementária e a coroa removida. Após nove meses de acompanhamento radiográfico a paciente retornou para a remoção das raízes, que haviam migrado para a porção mais cervical do processo alveolar, longe do canal mandibular. Para esta cirurgia foi feita uma incisão linear sobre o rebordo com relaxante na distal do 47. Após descolamento foi feita a remoção das raízes com os elevadores. No pós operatório as medicações prescritas compreenderam: Amoxicilina 500 mg a cada 8 horas por 5 dias para minimizar o risco de infecção pós- operatório; Nimesulida 100 mg a cada 12 horas por 5

dias e Dipirona 500 mg/ml, 40 gotas de 3 horas ou enquanto a paciente houver dor. A remoção da sutura foi realizada após 7 dias com paciente apresentando bom estado geral, sem queixas ou complicações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base em estudos realizados e revisados neste trabalho, conclui-se que os riscos de parestesia envolvendo o nervo alveolar inferior, diminuí consideravelmente com a execução da técnica de odontectomia se comparado a uma cirurgia de exodontia comum dos terceiros molares. A odontectomia é uma técnica alternativa viável que pode ser empregada, quando bem indicada, com o intuito de prevenção de traumatismos ao nervo alveolar inferior nas exodontias de terceiros molares inferiores.

FONTES CONSULTADAS

- 1- DEBONI, M. C. Z. Coronectomia de terceiro molar inferior. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**. v. 67, n. 1, p. 18-21, Mar. 2013.
- 2- FILHO, E. A. M. Coronectomia: técnica cirúrgica para menor risco de lesão do nervo alveolar inferior – Revisão da literatura. Trabalho de término de conclusão de curso, da Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. 2013.
- 3- KIM, Y. B.; JOO, W. H.; MIN, K. S. Coronectomy of a lower third molar in combination with vital pulp therapy. **Eur. J. Dent.** v. 8, n. 3, p. 416-418, Jul/Sep. 2014.
- 4- LEUNG, Y. Y.; CHEUNG, L. K. Safety of coronectomy versus excision of wisdom teeth: A randomized controlled trial. **Hong Kong**: p. 821-823, Jul. 2009.
- 5- LONG, H. Coronectomy vs. total removal for third Molar Extraction: A systematic review. **CLINICAL REVIEW**. v. 91, n. 7, p. 659-665, Apr. 2012.
- 6- MARTIN, A.; PERINETTI, G.; CONSTANTINIDES, F.; MAGLIONE, M. Coronectomy as a surgical approach to impacted mandibular third molars: a

systematic review. **HEAD & FACE MEDICINE**. v. 11, n. 9, 2015. DOI 10.1186/s13005-015-0068-7

7- NALI, T. A; SAMPAIO, J.; VALCIR. A. odontectomia parcial intencional: uma alternativa para prevenção contra lesões do nervo alveolar inferior. Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul – FUNEC.

8- PATEL, V.; MOORE, S.; SPROAT, C. Coronectomy – oral surgery’s answer to modern day conservative dentistry. **British Dental Journal**. v. 209, n.3, p. 111-114, Aug. 2010.

9- POGREL, M. A.; LEE, J. S.; MUFF, D. F. Coronectomy: A Technique to Protect the Inferior Alveolar Nerve. Clinical Articles. **J Oral Maxillofac Surg** v: 62, p. 1447-1452, 2004.

10- RENTON, T. A randomised controlled clinical trial to compare the incidence of injury to the inferior alveolar nerve as a result of coronectomy and removal of mandibular third molars. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**. p. 7 - 12, 19 nov 2004.

11- RENTON, T.; HANKINS, M.; SPROATE C.; McGurk M. A randomised controlled clinical trial to compare the incidence of injury to the inferior alveolar nerve as a result of coro-nectomy and removal of mandibular third molars. **J**

Oral Maxillofac Surg. v. 43, n. 4, p. 7-12, Jun 2005.

12- ROBINSON, P. P. et Al. Current management of damage to the infeior alveolar and ligual nerves as a result of removal of third molars. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**. p. 285 - 292, 12 may 2004.

13- ROSA, F. M.; ESCOBAR, C. A. B.; BRUSCO, L. C. Parestesia dos nervos alveolar inferior e lingual pós cirurgia de terceiros molares. **RGO**. v. 55, n.3, p. 291-295, jul./set. 2007.

14- SEDDON, H. J. A classification of nerve injuries. **Br Med J**. v. 29, n. 2, p. 237- 239, 1942.

15- VICENTE, J. M.; MUSSANO, R. S.; SALAS, C.; ROIG, A. M.; SALAS, E. J.; LOPEZ, J. L. Coronectomy versus surgical removal of the lower third molars with a high risk of injury to the inferior alveolar nerve. A bibliographical review. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal-AHEAD OF PRINT**. 19 Dez 2014. DOI:10.4317/medoral.20432.